

REGLEMENT MUTUALISTE

BRANCHE CONTRATS « CULTE »



Texte validé par le CA du 18 septembre 2025

SOMMAIRE

Article 1 - Législation applicable	3
Article 2 - Objet	3
Article 3 - Adhérents concernés	3
Article 4 - Sections locales et administratives	3
1 - CONDITIONS D'ADHESION	3
Article 5 - Adhésion	3
Article 5.1 - Modalités de l'adhésion et effets	3
Article 5.2 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage	4
Article 5.2.1 - Délai de renonciation en cas de vente à distance	4
Article 5.2.2 - Délai de renonciation en cas de démarchage	4
Article 6 - Durée de l'adhésion - Délai de stage	4
Article 7 - Changement de garanties	4
Article 8 - Démission, Radiation, Exclusion	5
Article 9 - Résiliation	5
Article 9.1 - Principes généraux	5
Article 9.2 - Résiliation infra annuelle	5
2 - PRESTATIONS	6
Article 10 - Nature et versements des prestations	6
Article 11 - Contrôle et expertise	6
Article 11.1 - Pièces complémentaires	6
Article 11.2 - Procédure de contrôle : expertise	7
Article 11.3 - Déchéance	7
3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES	8
Article 12 - Garanties	8
Article 12.1 - Définition des garanties	8
Article 12.2 - Caractère « responsable » des garanties	8
4 - COTISATIONS	8
Article 13 - Cotisations	8
Article 13.1 - Montant des cotisations	8
Article 13.2 - Modalités générales de règlement	8
Article 13.3 - Modalités particulières pour les contrats « Individuel Culte »	8
Article 13.4 - Conséquences d'un défaut de paiement	9
Article 13.5 - Adhésion en cours d'année	9
Article 13.6 - Portabilité des droits pour les anciens Novices, séminaristes, propédeutes ou postulants	9
5 - DISPOSITIONS DIVERSES	10
Article 14 - Délai de déclaration, Prescription, Fausse déclaration	10
Article 14.1 - Délai de déclaration	10
Article 14.2 - Prescription	10
Article 14.3 - Fausse déclaration	11
Article 15 - Fonds d'Entraide des sections	11
Article 16 - Fonds National d'Entraide	12
Article 17 - Changement de résidence	12
Article 18 - Transfert de diocèse ou d'institut	12
Article 19 - Informations de l'adhérent	12
Article 19.1 - Informations générales	12
Article 19.2 - Frais de gestion et niveau de redistribution	12
Article 20 - Prestations garanties et Exclusions	12
Article 20.1 - Prestation garanties	12
Article 20.2 - Exclusion	12
Article 21 - Limite de remboursement	13
Article 22 - Informatique et libertés	13
Article 23 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	14
Article 24 - Subrogation	15
Article 25 - Réclamation, Médiation et Questions	15
Article 25.1 - Réclamation	15
Article 25.2 - Médiation	15
Article 25.3 - Questions	16
ANNEXES	16

Article 1 - Législation applicable

Le présent règlement mutualiste est exclusivement soumis à la loi française.

Il est régi par le Code de la Mutualité et par les dispositions de la loi N°89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est établi en conformité avec la réglementation concernant l'Assurance Maladie et les textes y afférents ainsi que les dispositions du code de la Sécurité sociale s'appliquant aux contrats de complémentaire santé responsables.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Article 2 - Objet

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle Saint-Martin, ci-après dénommée la « Mutuelle », assure des garanties et frais de santé au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles, et ce dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.110-2 du Code de la Mutualité.

Article 3 - Adhérents concernés

Ce règlement, prévu à l'article 4 des statuts, est adopté par le Conseil d'administration en fonction des règles générales établies par l'Assemblée Générale. Le présent règlement concerne les adhérents à la Mutuelle Saint-Martin définis à l'article 7, paragraphe II des statuts et ci-dessous rappelés :

- Les membres du clergé catholique, les religieux et les religieuses catholiques, quel que soit le type de garanties souscrites
- Les ministres du culte, les religieux et les religieuses d'autres Eglises et Confessions chrétiennes affiliables à la branche maladie de la CAVIMAC

Article 4 - Sections locales et administratives

Les adhérents sont regroupés en sections locales et administratives. Dans chaque section, un Comité de gestion élu par l'ensemble des adhérents de la section, assisté d'un secrétariat, assure le lien entre les adhérents et avec le Siège.

1 - CONDITIONS D'ADHESION

Article 5 - Adhésion

Article 5.1 - Modalités de l'adhésion et effets

La date d'effet de l'adhésion est par principe le 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Par exception, une ouverture de droits rétroactive pourra être acceptée pour les personnes nouvellement affiliées au régime obligatoire de sécurité sociale ou bénéficiant d'une immatriculation provisoire à condition que le bulletin d'affiliation soit envoyé dans les 30 jours suivant l'ouverture des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire. Si l'ouverture des droits par le régime obligatoire a un effet rétroactif, l'affiliation à la Mutuelle pourra être concomitante à l'ouverture des droits, à la demande de l'adhérent. Le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé, doit parvenir dans le délai d'un mois suivant la date de la demande. Sur ce bulletin d'adhésion, l'adhérent mentionne le choix du niveau de ses garanties. Il doit s'adresser à la Mutuelle (*) pour toute modification concernant sa situation et celle de ses ayants droit. L'interlocuteur pour l'adhérent est le service de gestion de la Mutuelle (*). Il peut s'adresser à la section locale et administrative à laquelle il est rattaché pour une information et une aide dans ses démarches.

Si l'adhésion a été effectuée avec un numéro de sécurité sociale provisoire, l'adhérent devra transmettre à la Mutuelle(*), par tous moyens, son numéro de sécurité sociale définitif dès qu'il l'aura reçu de la part de l'assurance maladie. La non-communication du numéro de sécurité sociale définitif pourrait entraîner un risque de non-remboursement d'une partie des dépenses de santé.

Article 5.2 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage

Article 5.2.1 - Délai de renonciation en cas de vente à distance

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par tous moyens donnant date certaine. Il peut utiliser à cet effet un modèle de lettre de rétractation figurant en annexe de ce règlement.

Article 5.2.2 - Délai de renonciation en cas de démarchage

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à la suite d'un démarchage et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité.

Est réputée avoir été faite suite à un démarchage toute adhésion intervenue à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail, même à la demande du membre participant, à la condition que l'adhésion n'intervienne pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle du membre participant.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.

Ce délai commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le droit à renonciation peut être exercé en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à la mutuelle : HENNER – Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin – TSA 81938 – 92894 NANTERRE CEDEX 9.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il peut utiliser à cet effet un modèle de lettre de rétractation figurant en annexe de ce règlement.

Article 6 - Durée de l'adhésion - Délai de stage

L'adhésion au règlement est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, selon les dispositions légales, réglementaires et statutaires en vigueur. Aucun délai de stage n'est appliqué.

Article 7 - Changement de garanties

Le choix du niveau des garanties est fait pour une durée d'une année civile et ne peut être modifié en cours d'année, sauf demande exceptionnelle avec l'accord du Bureau de la Mutuelle Saint-Martin ou en cas d'urgence par le Président. Toute modification pour l'année suivante doit être demandée à la Mutuelle (*) avant le 15 novembre de l'année en cours.

Article 8 - Démission, Radiation, Exclusion

Les modalités de démission, radiation et exclusion ainsi que leurs effets sont définis par les statuts et selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 9 - Résiliation

Article 9.1 - Principes généraux

La résiliation, quelle que soit la date de la demande, ne sera effective qu'à la fin de l'année civile en cours, sauf en cas de :

- Décès
- Perte de l'état clérical ou religieux
- Départ à l'étranger sans être couvert par un régime de base obligatoire
- Adhésion à une mutuelle complémentaire obligatoire
- Adhésion à un contrat de complémentaire santé solidaire

Ainsi :

- **EN CAS DE DECES** : la résiliation sera effective le jour du décès après réception du certificat de décès. **Le montant du remboursement des cotisations à titre rétroactif sera limité à six (6) mois de cotisations à compter de la date de la notification de l'événement à la Mutuelle.**
- **EN CAS DE DEPART A L'ETRANGER** : la résiliation sera effective au 1^{er} jour du mois qui suit l'événement sur présentation des justificatifs et bulletin de résiliation. **Le montant du remboursement des cotisations à titre rétroactif sera limité à six (6) mois de cotisations à compter de la date de la notification de l'événement à la Mutuelle.**
- **EN CAS DE DEPART DE LA VIE RELIGIEUSE** : la résiliation sera effective au jour de l'événement sur présentation d'une lettre du supérieur et du bulletin de résiliation. **Le montant du remboursement des cotisations à titre rétroactif sera limité à six (6) mois de cotisations à compter de la date de la notification de l'événement à la Mutuelle.**
- **EN CAS D'AFFILIATION A LA CSS OU A UNE MUTUELLE OBLIGATOIRE A LA SUITE DE LA REPRISE D'UN EMPLOI SALARIE** : la résiliation intervient au jour de l'événement sur présentation du nouveau certificat d'affiliation et du bulletin de résiliation.
- **POUR LES CAS SANS JUSTIFICATIF** : application des règles de la résiliation infra-annuelle (cf. article 9-2), 30 jours après la date de la demande de résiliation. **Aucune radiation rétroactive ne sera appliquée.**

La rétroactivité s'appliquera si aucune dépense de santé n'a été engagée par l'adhérent entre la notification de résiliation et la date effective. Le remboursement des cotisations ne pourra ensuite intervenir que trois (3) mois après la demande de résiliation rétroactive.

L'avis d'échéance, qui informe l'adhérent de la cotisation proposée par la Mutuelle pour l'année suivante, doit parvenir à l'adhérent au moins 15 jours avant la date du droit à dénonciation de l'affiliation. A défaut, l'adhérent a 20 jours pour résilier sans motif à partir du moment où la Mutuelle lui aura envoyé son avis d'échéance.

Article 9.2 - Résiliation infra annuelle

L'adhérent peut résilier son adhésion, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à la suite de sa première souscription. La résiliation prend effet un mois après réception de la demande. L'adhérent est alors redevable de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion. La Mutuelle (*) est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

2 - PRESTATIONS

Article 10 - Nature et versements des prestations

Sauf exception, ne sont garanties que les prestations remboursables par les régimes de base. A part les remboursements forfaitaires, les prestations de la Mutuelle sont calculées par rapport à la base de remboursement des garanties des régimes de base. Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les prestations de la Mutuelle ne peuvent en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. La Mutuelle procède au règlement des prestations complémentaires, sur présentation des originaux des décomptes de la Sécurité sociale (ou autre caisse). En cas de télétransmission, l'adhérent est dispensé de l'envoi de ces décomptes. Seuls les soins engagés postérieurement à la date d'adhésion seront pris en compte par la Mutuelle. Seule est prise en compte la date des soins figurant sur le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie. Les prestations sont gérées par délégation à la société HENNER.

L'adhérent doit transmettre les demandes de remboursements au Centre de gestion :

- HENNER - Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin - TSA 81938 - 92894 NANTERRE CEDEX 9
- Mail : gestion@mutuellesaintmartin.fr
- Tél : 03 26 79 21 06 - Fax : 03 10 00 13 81

En ce qui concerne les risques, dont le remboursement par la Mutuelle dépasse la base de garanties de la Caisse d'Assurance Maladie, et pour les prestations propres à la Mutuelle, il y a lieu de transmettre obligatoirement à la Mutuelle (*) la facture ou les justificatifs correspondants. Le membre participant bénéficie du réseau de soins HENNER dénommé « Carte Blanche », sans contrepartie financière, qui lui permet notamment d'avoir accès à des tarifs avantageux en optique, dentaire et audioprothèse mais également, sur présentation de la carte blanche, d'un accès au tiers payant notamment en optique et audioprothèse.

Le versement des prestations s'effectue en nature.

Il intervient dans un délai maximum de :

- 72 heures ouvrés pour les prestations remboursées par télétransmission (ce délai commence à courir à compter de la réception du dossier complet).
- 7 jours ouvrés pour les prestations remboursées hors télétransmission (ce délai commence à courir à compter de la réception du dossier complet).

Article 11 - Contrôle et expertise

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, si des éléments transmis par l'assuré paraissent insatisfaisants, la Mutuelle peut procéder à la vérification des informations et documents fournis par le bénéficiaire ou les professionnels de santé au titre du versement des prestations et recourir à une procédure de contrôle.

Article 11.1 - Pièces complémentaires

La Mutuelle et/ou son délégataire de gestion pourra demander au bénéficiaire **les pièces originales complémentaires** à l'instruction du dossier listées ci-dessous et pourra contacter directement les professionnels de santé concernés :

- Optique : bon de livraison certifié et signé par l'opticien, ordonnances, emballage de boîtes de lentilles achetées
- Dentaire : devis du professionnel de santé, déclaration de conformité, passeport implantaire ;
- Aide auditive : ordonnance, audiogramme
- Transport : bon de transport, ordonnance
- Prescription médicale
- En tout état de cause, toutes pièces justificatives utiles à l'instruction du dossier.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements couverts par le secret médical seront remis, par le bénéficiaire, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil désigné par la mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

La Mutuelle s'engage à retourner au bénéficiaire les pièces originales transmises.

En tout état de cause, les pièces sont collectées dans le strict respect de la réglementation sur la protection des données à caractère personnel et du secret médical.

En cas de refus du membre participant de répondre aux demandes de justifications complémentaires de la mutuelle, le paiement des prestations concernées seront suspendues

Article 11.2 - Procédure de contrôle : expertise

En cas de détection d'une anomalie/non-conformité, la Mutuelle peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de la santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Cette expertise médicale s'exerce sur production de pièces justificatives et éventuellement d'un examen médical réalisé par le médecin conseil désigné par la mutuelle (notamment analyses, radios, photos, bons de traçabilité et tout document justifiant du plan de traitement ...). Le membre participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen. En cas de contrôle sur pièces, le membre participant peut également adresser les conclusions de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article.

En cas d'examen médical, le membre participant sera préalablement convoqué par lettre recommandée avec accusé de réception et informé des modalités d'examens demandées par la Mutuelle et de la faculté de se faire assister lors de ce contrôle, par le médecin de son choix, ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements médicaux seront remis, par le membre participant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil désigné par la mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le paiement des prestations concernées.

Les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'assuré par courrier recommandé avec accusé de réception. Elles peuvent fonder le refus de la mutuelle de verser la prise en charge de soins sollicitée ou fonder une demande de remboursement des prestations versées.

Le membre participant peut contester ces conclusions en adressant à la mutuelle (sous pli confidentiel, avec la mention « Secret médical » à l'attention du médecin / dentiste conseil en cas d'envoi de pièces ou renseignements couverts par le secret médical), dans un délai de quarante (40) jours calendaires à compter de la notification des conclusions, une lettre recommandée avec accusé de réception exposant l'ensemble des moyens à l'appui de sa contestation.

Le membre participant qui conteste les conclusions de l'expertise médicale peut demander l'organisation d'une expertise amiable entre son médecin conseil et celui de la Mutuelle. Chaque partie prendra à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'il a désigné. En cas de désaccord entre ces deux médecins, les parties désigneront dans un délai d'un mois un 3ème médecin arbitre pour les départager, dont les frais seront supportés par moitié par chaque partie.

A défaut d'entente, l'organisation d'une expertise médicale pourra être demandée par voie judiciaire.

Article 11.3 - Déchéance

En cas d'identification d'une anomalie, non-conformité et/ou d'une fraude, la Mutuelle peut prononcer la déchéance de tous les droits à prestations du membre participant pour le ou le(s) sinistre(s) en cause. Si la fraude est confirmée, la mutuelle pourra mettre en œuvre la procédure d'exclusion telle que prévue à l'article 12 des statuts.

3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES

Article 12 - Garanties

Article 12.1 - Définition des garanties

Les garanties ont pour objet, en cas d'accident, de maladie, ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Ces prestations sont précisées en annexe au présent règlement.

Article 12.2 - Caractère « responsable » des garanties

La garantie « frais de santé » s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application. Dans l'hypothèse où certaines dispositions du présent règlement, notamment celles relatives à la définition des garanties, se révéleraient, suite à des évolutions législatives, réglementaires ou administratives, en contradiction avec la notion des contrats dits « responsables » définies par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application, le présent règlement serait adapté automatiquement en conséquence afin qu'il conserve sa qualification de contrat « responsable ».

4 - COTISATIONS

Article 13 - Cotisations

Article 13.1 - Montant des cotisations

Le montant des cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'administration dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale (*voir annexe du présent règlement*). Elles sont versées à la Mutuelle (*) selon les modalités définies dans le bulletin d'adhésion et d'affiliation aux garanties Mutuelle Saint-Martin. Les membres participants s'engagent au paiement de la cotisation.

Des ristournes sont appliquées en fonction de l'âge de l'adhérent. Elles sont détaillées ci-dessous :

Ages	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	50 ans et plus
Ristourne	50 %	40 %	30 %	20 %	10 %	Pas de ristourne

L'âge pris en compte est celui constaté au 1^{er} janvier.

La mise en place du taux d'appels s'applique sur cette gamme et sur les effectifs présents au jour de l'appel de cotisation.

Ces ristournes s'appliquent également au régime local Alsace-Moselle.

Article 13.2 - Modalités générales de règlement

La cotisation doit être réglée mensuellement, à terme échu, par prélèvement après validation par le souscripteur. En cas de règlement par chèque, les frais de gestion seront facturés 25 € par chèque.

La cotisation est prélevée sur le RIB du Diocèse ou de l'Institut.

Article 13.3 - Modalités particulières pour les contrats « Individuel Culte »

La cotisation doit être réglée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à terme à échoir, selon les modalités choisies au moment de l'adhésion.

Article 13.4 - Conséquences d'un défaut de paiement

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 13.5 - Adhésion en cours d'année

En cas d'adhésion, en cours d'année civile, la cotisation de l'adhérent est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur. Toute résiliation, selon les exceptions de l'article 8, donnera lieu à un remboursement au prorata de la cotisation en cours et déjà versée. Les adhérents affiliés au régime Alsace-Moselle bénéficient d'une réduction de 30 % sur leur cotisation. Les cotisations sont gérées par délégation à la société HENNER : Henner Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin – TSA 81938 – 92894 NANTERRE CEDEX 9.

En cas d'adhésion en cours de mois faisant suite à une résiliation infra annuelle avec un autre organisme assureur, la cotisation de l'adhérent est calculée au prorata de la cotisation mensuelle en vigueur.

Article 13.6 - Portabilité des droits pour les anciens Novices, séminaristes, propédeutes ou postulants

Les novices, séminaristes ou postulants quittant la vie religieuse depuis le 1^{er} janvier 2016 peuvent bénéficier de la gratuité des cotisations et du maintien des garanties précédemment souscrites par l'Institut. La portabilité est accessible sur demande du supérieur de l'institut auprès du service relations de la MSM et pour une durée égale à 50 % du temps de présence dans l'institut et dans la limite de 6 mois. Durant la période d'ouverture des droits à portabilité, le bénéficiaire devra fournir l'attestation de prise en charge par le régime d'assurance chômage avant le 10 de chaque mois. A défaut de réception d'attestation de France Travail, la Mutuelle procèdera à la suspension des droits par anticipation à la période initialement consentie.

5 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 14 - Délai de déclaration, Prescription, Fausse déclaration

Article 14.1 - Délai de déclaration

Les demandes de remboursement des prestations doivent être produites dans un délai maximum de deux (2) ans à partir :

- soit de la date des soins
- soit de la date retenue par le décompte de sécurité sociale pour les adhérents avec un numéro de sécurité sociale provisoire ou ayant eu des soins à l'étranger

sauf cas de force majeur ou cas fortuit ou si la Mutuelle ne subit pas de préjudice.

Ce délai court à compter de la date de paiement pour les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

Article 14.2 - Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue dans les conditions définies par l'article L221-12 du Code de la Mutualité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil, à savoir :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Article 14.3 - Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle caractérisant une fraude de la part du membre participant, ce dernier est informé par la Mutuelle, des fautes constatées et de la preuve du caractère frauduleux de ces dernières et invité à fournir des explications.

Conformément aux dispositions de l'article L221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette fraude ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque sous réserve pour la mutuelle des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En cas de fraude ou de tentative de fraude par les membres participants ou leurs ayants droit, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations indues, ces derniers peuvent être exclus de la Mutuelle : celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'exclusion des membres participants qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle s'effectuera conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi ou le caractère intentionnel n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion, dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 15 - Fonds d'Entraide des sections

Dans le cas où une somme importante reste à la charge de l'adhérent, après prise en charge de son dossier par la Caisse d'Assurance Maladie et par la Mutuelle, celui-ci peut bénéficier d'une aide financière délivrée par le Fonds d'Entraide de sa section locale et administrative. Il devra, pour ce faire, en effectuer la demande auprès de sa section locale et administrative de la mutuelle d'action sociale. A noter toutefois que l'adhérent aura l'obligation d'avoir effectué, préalablement, une démarche équivalente auprès du FASS de sa Caisse d'Assurance Maladie, afin de présenter à sa section une notification mentionnant la participation ou non de celle-ci. Le Fonds d'Entraide des sections est, depuis la création en octobre 2011 de la mutuelle dédiée d'action sociale (MSM-AS) gérée par celle-ci. La MSM appelle pour le compte de la MSM-AS la cotisation d'adhésion afférente à l'entraide sociale, votée par l'Assemblée Générale de la MSM-AS. Les décisions de l'Assemblée Générale de la MSM-AS s'imposent aux adhérents, sans qu'il soit nécessaire que la MSM fasse voter préalablement par son Assemblée Générale Extraordinaire la mise à jour de l'article 54 de ses statuts.

Article 16 - Fonds National d'Entraide

Le Fonds National d'Entraide intervient après participation du Fonds d'Entraide de la Section, dans le cas où il reste encore une charge importante à l'adhérent. La demande doit être également transmise à la section locale et administrative qui fera parvenir celle-ci, après étude, au siège de la Mutuelle d'Action Sociale.

Le Fonds National d'Entraide est, depuis la création de la MSM-AS, géré et pris en charge par celle-ci selon les modalités définies par ses instances. L'adhésion à la MSM vaut adhésion aux conditions d'entraide définies par la MSM-AS.

Article 17 - Changement de résidence

L'adhérent, le responsable de contrat ou le secrétaire de section doit prévenir directement la Mutuelle^(*) de son changement de résidence.

Article 18 - Transfert de diocèse ou d'institut

L'information sera transmise à la Mutuelle ^(*) par les diocèses ou les instituts concernés. Ces divers changements doivent également être portés à la connaissance du (de la) secrétaire de section locale et administrative de l'adhérent.

Article 19 - Informations de l'adhérent

Article 19.1 - Informations générales

Tout changement concernant les statuts, les cotisations, les garanties, ainsi que le présent règlement, sera porté à la connaissance des adhérents.

Article 19.2 - Frais de gestion et niveau de redistribution

La Mutuelle ^(*) communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents, le rapport exprimé en pourcentage entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes (voir annexe du présent règlement).

Article 20 - Prestations garanties et Exclusions

Article 20.1 - Prestation garanties

Les garanties couvrent les frais et actes médicaux, chirurgicaux et maternité, référencés par la Sécurité sociale dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc... ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale entrent en considération pour la détermination des prestations versées par la Mutuelle dans les limites et conditions fixées par le présent règlement mutualiste.

Article 20.2 - Exclusion

Sont exclus de la garantie : Les soins qui ne sont pas dispensés par des professionnels de santé, ou qui ne sont pas pris en charge par un régime de Sécurité sociale, sauf dérogations. Les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti, les cures de thalassothérapie et, d'une façon générale, les actes ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale...

Par ailleurs, le présent règlement respecte les conditions posées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application. A ce titre, et sous réserve des évolutions légales et réglementaires futures, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré par la Sécurité sociale pour tout acte de biologie médicale et pour chaque acte ou pour chaque consultation réalisée par un médecin, en ville, dans un établissement, ou un centre de santé, à l'exclusion des actes et consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, en application du II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- La majoration de la participation laissée à la charge des assurés et de leurs ayants droit, en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant, en application de l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- La majoration de la participation laissée à la charge des assurés et de leurs ayants droit, pour les actes et prestations de soins pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter, en application de l'article L. 1111-5 du Code de la Santé publique.
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations réalisés par les médecins relevant de certaines spécialités, en cas de consultation sans prescription préalable de leur médecin traitant et pour les patients qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, en application de l'article L.162-5,18° du Code de la Sécurité sociale.
- La franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré pour :
 - . les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - . les actes effectués par un auxiliaire médical, à l'exclusion de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - . les transports sanitaires, à l'exception des transports d'urgence, en application de l'article L.160-13, III du Code de la Sécurité sociale.
- Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

Article 21 - Limite de remboursement

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Article 22 - Informatique et libertés

La Mutuelle Saint-Martin, dont le siège social est situé à 3 rue Duguay-Trouin – 75006 Paris, dans le cadre de ses activités d'assurance, s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel de ses adhérents et ce dans le respect du Règlement de l'Union Européenne 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (*Règlement Général sur la Protection des Données dit « RGPD »*) et de la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La Mutuelle Saint-Martin ne traite des données à caractère personnel que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes comme les propositions de devis pour une offre d'assurance santé, émission d'une offre d'assurance santé, l'examen, le contrôle, la surveillance des risques, la gestion de contrat d'assurance santé, la gestion de prestations santé, l'encaissement des cotisations, la gestion des impayés et leur recouvrement, l'exercice des recours, la gestion de la relation client, la gestion des

réclamations et des contentieux, la gestion de l'entraide, la gestion des opérations d'information et de prévention, l'élaboration des statistiques et les études actuarielles, la réalisation des contrôles et diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Les données collectées sont nécessaires à l'accomplissement des points mentionnés ci-dessus. Celles-ci sont conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités mentionnées ci-dessus telles que prescrites par la loi applicable et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux. Les données collectées sont destinées aux services internes de la Mutuelle Saint-Martin, à ses sous-traitants participant à la gestion des contrats d'assurance santé, à ses prestataires de services informatiques et commerciaux, ainsi qu'aux personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité. S'il y a lieu, peuvent avoir accès aux données à caractère personnel dans les limites de leurs attributions respectives en fonction des traitements concernés toutes personnes intéressées au contrat (ayants droits et représentants), ainsi que les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne. Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

En aucun cas, les données ainsi collectées ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales.

Les adhérents disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après leur mort. Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles, la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou www.cnil.fr.

En tout état de cause, le membre participant peut également retirer son consentement à tout moment lorsque le traitement a pour base légale le consentement.

Le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@mutuellesaintmartin.fr ou par courrier à l'adresse 3 rue Duguay-Trouin – 75006 PARIS.

La Mutuelle dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour répondre aux sollicitations. Au besoin, ce délai peut être prolongé de deux (2) mois, en raison de la complexité et du nombre de demandes. Dans ce cas, le Délégué à la Protection des Données informera le membre participant du prolongement du délai initial.

Article 23 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En application des articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier, la Mutuelle applique les dispositifs de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme notamment aux regards des obligations de vigilance et de déclaration auprès de la cellule de renseignement financier nationale Tracfin, pour des sommes ou opérations qui proviendraient d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou liées au financement du terrorisme, ou provenant d'une fraude fiscale ou en cas de tentative de ces opérations, ainsi qu'à l'issue de l'examen renforcé prescrit à l'article L. 561-10-2 du Code monétaire et financier.

Article 24 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(nt) à lui déclarer, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Article 25 - Réclamation, Médiation et Questions

Article 25.1 - Réclamation

Les adhérents ou leurs ayants droit ont la possibilité de contacter la Mutuelle Saint-Martin en vue d'apporter une réponse à toute réclamation :

- **Par courrier :**
Mutuelle Saint-Martin - Service Relations Clientèle - 3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris cedex 06
- **Par téléphone :** 01 70 64 07 52
- **Par courriel :** servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse au demandeur dans un délai de 10 jours.

Dans l'hypothèse où une réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai dans lequel une réponse pourra être apportée, dans la limite de 2 mois.

Article 25.2 - Médiation

Après épuisement de la procédure de réclamation précitée et sous réserve qu'aucune action contentieuse relative au litige n'ait été intentée, l'adhérent, ses ayants droit ou la Mutuelle Saint-Martin peuvent saisir le Médiateur.

La saisine du Médiateur est ouverte dans les conditions prévues au Titre V du Livre I du Code de la consommation. Elle est gratuite et doit être adressée par voie postale à l'attention du :

MEDIATION DE L'ASSURANCE - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

La demande doit être introduite au plus tard dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée à la Mutuelle Saint-Martin dans les conditions susvisées. L'introduction de la procédure de médiation suspend la prescription des actions susceptibles d'être engagées au titre du litige.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu dans un délai de trois mois à compter de la notification aux parties par le Médiateur de sa saisine. Le Médiateur peut prolonger ce délai en cas de litige complexe.

Si l'adhérent n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de saisir la juridiction compétente.

Article 25.3 - Questions

Vous avez une question générale sur la réglementation et les pratiques en banque et en assurance ?

Nous vous invitons à consulter en priorité les questions-réponses publiées sur le site Assurance Banque Épargne Info Service : ABEIS (<https://www.abe-infoservice.fr>).

Le site ABEIS vous propose de nombreuses informations pratiques sur les produits bancaires et d'assurance mais aussi pour vous orienter dans vos démarches, notamment en cas de litige.

Vous pouvez adresser une copie de votre réclamation à l'ACPR, porter à sa connaissance une difficulté rencontrée avec un professionnel ou poser une question :

- **Par courrier :**

Banque de France - Demande ACPR - TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01

- **Par voie électronique :**

En créant un compte sur le portail des demandes en ligne de la Banque de France.

(*) **HENNER**

- **Adresse postale :**

Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin - TSA 81938 - 92894 NANTERRE CEDEX 9

- **Adresse électronique :** gestion@mutuellesaintmartin.fr

- **Téléphone :** 03 26 79 21 06

msm/id/rm_culte/20251001

Mutuelle Saint-Martin

Régie par le code de la Mutualité • SIREN n° 775 688 708

3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris cedex 06 • Tél. : 01 42 22 07 77

www.mutuellesaintmartin.fr

ANNEXES

Ces annexes sont mises à jour après validation par chaque Assemblée Générale ou décisions du Conseil d'administration de la Mutuelle Saint-Martin. Elles contiennent également des règles d'affiliation ou précisions de prises en charge opposables à l'adhérent.

Les annexes 1 à 4 sont jointes à cet envoi sous forme d'un document distinct :

« Livret Contrats 2026 - Gammes CULTE »

- Annexe 1** Garanties « Groupe Culte »
- Annexe 2** Garanties « Aspirant(e)s, Postulant(e)s, Novices, Propédeutes et Séminaristes »
- Annexe 3** Garanties « Régime Particulier »
- Annexe 4** Garanties « MM Hospitalisation »

L'annexe 5 est disponible sur demande (voir ci-dessous)

Ou sur le site dans l'Espace Secrétaires et responsables / Onglet : Documentation / Bloc : Services et assistance

Ou en cliquant sur ce lien : [CLIQUEZ ICI](#)

- Annexe 5** Garanties Assistance

Les annexes 6, 7 et 8 se trouvent pages suivantes.

- Annexe 6** Frais de gestion et niveau de redistribution
- Annexe 7** Formulaire de renonciation en cas d'adhésion à distance
- Annexe 8** Formulaire de renonciation en cas d'adhésion par démarchage téléphonique

**Pour obtenir ce Règlement Mutualiste complet
et/ou l'annexe 5,
vous pouvez adresser un mail à :
servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr**

ANNEXE 6

FRAIS DE GESTION ET NIVEAU DE REDISTRIBUTION

Ratio sinistres/cotisations

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

En 2024, ce ratio était égal à 88% au sein de la Mutuelle Saint-Martin.

Ratio frais de gestion / cotisations

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

En 2024, ce ratio était égal à 16,37% au sein de la Mutuelle Saint-Martin.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

ANNEXE 7

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Nom
Prénom
Adresse

Objet : Formulaire de renonciation en cas d'adhésion à distance

**MUTUELLE SAINT-MARTIN
A l'attention du Service Relation Clientèle
3 rue Duguay-Trouin
75006 PARIS**

Fait à ..., le ...

Madame, Monsieur,

Le ... **[date]**, j'ai adhéré à distance au règlement mutualiste « CULTE », enregistré sous le numéro de contrat n° ... **[numéro de contrat]** auprès de votre mutuelle.

Après réflexion, je vous informe que j'exerce mon droit de renonciation de 14 jours conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

En conséquence, je vous demande de procéder dans les meilleurs délais au remboursement du solde des cotisations déjà perçues.

J'atteste sur l'honneur que toutes les sommes perçues à titre de remboursement de frais de santé entre la souscription et la renonciation seront restituées intégralement à la Mutuelle Saint-Martin dans un délai de trente (30) jours.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

ANNEXE 8

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Nom
Prénom
Adresse

Objet : Formulaire de renonciation en cas d'adhésion par démarchage téléphonique

**MUTUELLE SAINT-MARTIN
A l'attention du Service Relation Clientèle
3 rue Duguay-Trouin
75006 PARIS**

Fait à ..., le ...

Madame, Monsieur,

Le ... **[date]**, j'ai adhéré à distance au règlement mutualiste « CULTE », enregistré sous le numéro de contrat n° ... **[numéro de contrat]** auprès de votre mutuelle.

Après réflexion, je vous informe que j'exerce mon droit de renonciation de 14 jours conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité.

En conséquence, je vous demande de procéder dans les meilleurs délais au remboursement du solde des cotisations déjà perçues.

J'atteste sur l'honneur que toutes les sommes perçues à titre de remboursement de frais de santé entre la souscription et la renonciation seront restituées intégralement à la Mutuelle Saint-Martin dans un délai de trente (30) jours.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Signature